

## **Nature des modifications** : Révision du protocole mars 2024

*« Ce protocole de soins est proposé à titre indicatif, et ne saurait être opposable au cas où le praticien en charge du patient estimerait qu'une conduite différente serait plus appropriée, dans le cas général ou dans un cas particulier »*

### **1 - Objectifs :**

Aider au dépistage et à la prise en charge d'un syndrome de sevrage chez le nouveau-né à la suite d'une consommation d'opiacés chez la femme enceinte

- Reconnaître les signes du syndrome de sevrage du nouveau-né
- Mesurer la gravité et l'évolution du syndrome de sevrage
- Traiter et prendre soin du nouveau-né atteint

### **2 - Contexte obstétrical**

Mère sous opiacés / opioïdes pendant la grossesse ou de produits de substitution, traitement antalgique, toxicomanie par usage de drogue illicite et/ou consommation « détournée »

- Naturels : morphine, codéine, opium
- De synthèse : Tramadol®, Subutex®=Buprénorphine Haut Dosage (BHD), méthadone, Lamaline®, Izalgi®, oxycodone

Une possible association avec psychotropes et/ou poly consommation peut aggraver le risque de sevrage ou perturber l'analyse de la cause.

L'usage de cocaïne, amphétamines et autres psychostimulants peut donner des signes cliniques chez le nouveau-né, équivalents au syndrome de sevrage aux opiacés. Mais le syndrome de sevrage à ces substances, ne sera pas sensible à la morphine. La prise en charge et le traitement, seront donc non médicamenteux en premier lieu.

Si l'intoxication de la mère n'est pas connue : rôle diagnostic des dosages urinaires de toxiques avec l'accord de la patiente

Intégrer et évaluer le contexte d'addiction et le contexte médico-psycho-social. Solliciter un staff médico psycho social en anténatal ou post natal (préconisations du staff à transmettre par écrit), pour étayer le parcours de soins.

Prévoir une consultation, si possible anténatale, réalisée par un professionnel formé, pour transmettre aux parents la durée et les modalités d'accompagnement.

Attention à la confidentialité des informations : la patiente peut ne pas souhaiter que famille et/ou le conjoint soient avisés, d'une partie ou de toutes les informations.

Rédaction	Relecture/Validation
R. Collin SF (21/03/24)	Commission des pédiatres janvier 2024 (+ Dr C. Boscher)  Commission addictologie février 2024 (+ Dr C. Maingueneau)
Date d'application : 03/2024	

## Prise en charge du nouveau-né de mère sous opiacés pendant la grossesse

### 3 - SYNDROME DE SEVRAGE NEONATAL (SSNN) : Définitions et signes cliniques

**Syndrome de sevrage néonatal** : correspond à une dysrégulation neurocomportementale liée à l'arrêt brutal d'une imprégnation chronique pendant la grossesse, lorsque le taux sanguin devient insignifiant voire nul. Les manifestations sont essentiellement d'ordre neurologiques et gastro-intestinales (du fait de la présence des récepteurs aux opioïdes)

Incidence : 40 à 60% des cas d'expositions maternelles (C. Lejeune)

#### 3.1 - SIGNES CLINIQUES :

Les symptômes sont individuellement imprévisibles et non « dose dépendant » de la consommation maternelle. Le syndrome apparaît dans des délais variables, le plus souvent avant 48 heures pour l'héroïne et Buprénorphine (Subutex®), entre le 2<sup>ème</sup> et le 5<sup>ème</sup> jour pour la Méthadone. Il peut être retardé par la prise de benzodiazépines (BZD)

Durée des symptômes : 10 jours environ, mais dans certains cas plusieurs semaines.

La durée du SSNN n'a pas de lien avec la posologie en cas de traitement substitutif aux opiacés.

Les signes cliniques sont moins apparents chez le prématuré

#### 3.1.1 - Signes cliniques neurologiques

- ✓ Cri aigu, agitations, risque d'excoriations cutanées
- ✓ Trémulations
- ✓ Hyperexcitabilité
- ✓ Moro augmenté, Hypertonie, hyporéflexie
- ✓ Insomnie

#### 3.1.2 - Signes cliniques digestifs

- ✓ Mauvaise prise alimentaire
- ✓ Nausées, régurgitations, vomissements
- ✓ Diarrhée avec risque d'érythème fessier

#### 3.1.3 - Signes cliniques respiratoires

- ✓ Eternuements
- ✓ Polypnée
- ✓ Respiration superficielle
- ✓ Rhinorrhée

#### 3.1.4 - Signes cliniques neuro végétatifs

- ✓ Bâillements, sueurs
- ✓ Hyperthermie
- ✓ Succion frénétique, enfant difficilement consolable

## Prise en charge du nouveau-né de mère sous opiacés pendant la grossesse

### 3.1.5 - Retentissements possibles et autres signes

- ✓ Courbe de poids
- ✓ Déshydratation, pertes caloriques
- ✓ Malformations associées : plutôt marqueur d'une intoxication associée (alcool + syndrome d'alcoolisation fœtale)
- ✓ Cocaïne : RCIU, AVC décrits
- ✓ Contaminations bactériennes (IST), parasitaires et virales

### 3.1.6 - Syndrome d'imprégnation (E.Elefant CRAT et GEGA)

Certains psychotropes, notamment les antidépresseurs de type inhibiteur de la recapture de sérotonine (ISRS) (fluoxétine, sertraline, paroxétine, citalopram, escitalopram, fluvoxamine), peuvent donner un **syndrome d'imprégnation** (taux sanguin de la molécule élevé chez le nné) **avec des signes cliniques identiques au SSNN**. Ce syndrome d'imprégnation interviendra quand le taux sanguin de la molécule sera faible ou indétectable chez le nné.

- ❖ Exemple du « neonatal behavioral syndrom », avec pleurs++, irritabilité, trémulations, fièvre, HTAP → le traitement sera symptomatique, la morphine ne sera pas efficace.

Une même molécule peut donc donner un syndrome d'imprégnation puis un SSNN à 2 moments différents.

Les benzodiazépines (BZD) peuvent masquer le SSNN et donner un tableau initial d'imprégnation avec hypotonie, somnolence, troubles de succion, voire détresse respiratoire et apnées ; secondairement, dans un tableau suspecté de sevrage aux BZD, un traitement par la même molécule peut, selon les experts, se discuter.

Un sevrage aux ISRS (inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine) peut survenir plusieurs jours après la naissance (3 ou 4 jours), lorsque la mère est déjà sortie de la maternité.

## 4 - Scores utilisés pour coter le Syndrome de Sevrage du nouveau-né (SSNN)

- Score de **Finnegan** : C'est un score utilisé initialement pour un sevrage aux opiacés, mais le groupe de travail propose de l'utiliser pour le syndrome de sevrage du nouveau-né en général
- Score de **Lipstiz** : Le groupe de travail a retenu la possibilité d'utiliser également ce score. Il est plus simple d'utilisation car possède seulement 11 items contre 21 pour le score de **Finnegan**

Ces scores sont à réaliser à différents moments (exemple 1h avant ou 1h après le repas), 1 à 2 fois/ équipe, selon le comportement initial du nouveau-né et son évolution.

Pour coter ces 2 scores, une participation de la mère ou des parents, notamment si le score leur a été présenté en amont, est possible. S'adapter au cas par cas.

## Prise en charge du nouveau-né de mère sous opiacés pendant la grossesse

### 5 - Prise en charge néonatale

- En cas de dépression respiratoire à la naissance, la naloxone (Narcan®) est contre indiqué en salle de naissance dans ces situations à risques (possible déclenchement d'un SSNN aigu)
  - ✓ Evoquer un surdosage en BZD et utiliser le flumazenil (Anexate®) en IVD, puis possiblement en continu 0.1mg/kg/h pdt 8 à 12h.  
Attention à la présentation, car il existe des ampoules avec différents types de dilution ! Bien vérifier et procéder éventuellement à une dilution : Si présentation en ampoule de 0.1mg/ml, ramener à 10 ml (1ml de l'ampoule +9ml sérum physiologique), pour avoir 1mg=10 ml. Posologie : **0.01 mg/kg en IVD** soit 0.3ml de solution diluée pour un enfant de 3kg.
- Surveillance en maternité ou hospitalisation, **en UK si possible**
  - ✓ Selon les cas et l'évolution, surveillance des glycémies, bilan infectieux si fièvre
  - ✓ Pas de recherche systématique de co-infection HBV, HVC et HIV si sérologies maternelles négatives
  - ✓ Ne pas hésiter à proposer avec l'accord parental, la recherche de toxiques dans les urines.
  - ✓ Scope cardio-respiratoire, SaO<sub>2</sub> à discuter en dehors d'un traitement (participe aux stimulations auditives exagérées si bébé s'agite)
  - ✓ Transfert en UK ou néonatalogie si nécessité d'un traitement médicamenteux
    - Tenir compte de l'état de vigilance de la maman
- Pas de sortie précoce. En l'absence de signes cliniques, sortie après un séjour de 5 jours minimum
- Allaitement possible, sauf si poly consommation et selon psychotropes

 **Toujours chercher à privilégier le traitement non médicamenteux.**

➤ **PRISE EN CHARGE NON MEDICAMENTEUSE : Cocooning (à réaliser dans tous les cas, avec ou sans traitement médicamenteux)**

Prise en charge globale dès la maternité, de tous types : nursing très attentif au bébé +++

- ✓ Maintien près de la mère, chambre individuelle, au calme,
- ✓ Valorisation des compétences parentales
- ✓ Pas de « co-sleeping », cododo possible si lit adapté
- ✓ Environnement lumineux : dans la pénombre, baisser les stores. Eviter les hyperstimulations
- ✓ Environnement sonore : télévision en sourdine, visites brèves, téléphone avec sonnerie discrète. Réconfort verbal du bébé (voix parentale, musique douce.)
- ✓ Peau-à-peau par la mère ou le co parent, emmaillotage, portage, bercement, câlins ...
- ✓ Succion non nutritive
- ✓ Intérêt de couverture d'emmaillotement avec bras le long du corps (type RED CASTLE)

## Prise en charge du nouveau-né de mère sous opiacés pendant la grossesse

### ➤ INDICATION PRISE EN CHARGE (PEC) MÉDICAMENTEUSE (à associer au cocooning) :

- En cas d'échec de la PEC non médicamenteuse :
- Ne pas réveiller le nouveau-né pour la prise des médicaments, mais attendre les tétées ou le biberon, selon mode d'alimentation
- La PEC médicamenteuse nécessite un transfert du nouveau-né pour hospitalisation dans un service de néonatalogie.

### ❖ Produits disponibles :

#### ➤ G30 % ou saccharose

- **Paracétamol** aux doses usuelles antalgiques à essayer en première intention mais pas de donnée d'efficacité dans ce contexte

#### ➤ **Morphine per os** sous deux formes :

- ✓ Chlorhydrate de morphine : 10mg=10ml. Attention à la présentation, car il existe plusieurs types d'ampoules avec des concentrations différentes ! Bien vérifier et si besoin procéder à une dilution pour avoir 10mg=10ml ou 1mg=1ml de solution diluée. Possible conservation à la lumière, à température ambiante pendant 24H.
- ✓ Sulfate de morphine : Oramorph® : 10 mg/5 mL (équivalent à 7.5 mg de morphine base) en flacon monodose souple → 1 mL = 2 mg de sulfate de morphine. Attention gout amer / ajouter saccharose ou glucose

- **Posologie**

Commencer par 0.30 mg/kg/j en 4 à 6 prises, per os. Possibilité d'augmenter jusque 1 mg/kg/j en fonction de la cotation du score (Finnegan ou Lipstiz).

Débuter à la dose la plus basse et discuter de la répétition des prises (possibilité de prises ponctuelles)

- **Management du traitement par morphine :**

- ✓ Surveillance de l'évolution du score choisi, Finnegan ou Lipstiz, toutes les 4 heures
- ✓ Si aggravation du score : augmenter la posologie de 25 % (≈ par 0.04 mg/prise)
- ✓ Si pas d'aggravation, laisser la même posologie pendant 2 jours
- ✓ Diminution progressive par palier de 1 à 3 jours ; plus rapide si l'enfant est somnolent
- ✓ Utilisation de la morphine = enfant scopé !
- ✓ **Pas de sortie à domicile tant que morphine = peut engendrer de 2 à 4 semaines d'hospitalisation**
- ✓ **Sortie à domicile possible 24 à 48H après l'arrêt du traitement**

- **Gardéna®** (= phénobarbital) : à discuter en plus de la morphine en cas de poly consommations, en cas d'échec ou de dépendance à la morphine :

**Posologie** : charge 20 mg/kg (IV si convulsions, ou per os 2 x 10mg/kg), puis relais H24, 3 à 5 mg/kg/j. Baisser de 10 à 20% par jour une fois les symptômes contrôlés

- Pas de consensus en France mais alternative possible :

## Prise en charge du nouveau-né de mère sous opiacés pendant la grossesse

- **Buprénorphine sublinguale** : aurait une efficacité supérieure à la morphine pour les SSNN sévères et/ou prolongés [13] [15]  
Posologie : 4 à 5 mcg/kg/dose par voie sublinguale toutes les 8heures.  
Dose maximale de 60 mcg/kg/jour.

Evaluation de l'efficacité du traitement : diminution du score utilisé (Finnegan ou Lipstiz)

- Bonnes tétées
- Sommeil plus calme
- Bonne courbe pondérale
- Les trémulations ou l'irritabilité ne sont pas des critères d'inefficacité du traitement (peuvent persister de manière prolongée)

### 6 - Préparation à la sortie et suivi à long terme

- PAS DE SORTIE AVEC MORPHINE A DOMICILE
- Sortie organisée et programmée avec la mère et/ou les parents. Consultation pédiatrique ou en PMI de préférence.
- Accompagnement médico-psycho-social au vu des éléments recueillis en réunion pluridisciplinaire. IP et/ou signalement parfois nécessaires
- Organisation du relais pour la prise en charge et le suivi de la mère

### 7 - Bibliographie et Annexes

#### Références succinctes

PUBMED : 'abstinence syndrome' AND (neonate OR newborn) → 800 références

1. American Academy of Pediatrics. Neonatal Drug Withdrawal Pediatrics 1998;101(6): 1079-88
2. CHN Guideline. Management of perinatal substance use and abuse. 2002. <http://www.childhealthnetwork.com/chn/pdfs/Guidelines%20&%20Transfer%20Protocols%20-%20Management%20of%20Perinatal%20Substance%20Use%20and%20Abuse%20-%20June%202002.pdf>
3. Dahan S, Elefant E, Girard I, Azcona B, Champion V, Mitanchez D. [Neonatal seizures, buprenorphine abstinence syndrome, and substitutive treatment with morphine]. Arch Pediatr. 2011 Mar;18(3):287-90. Epub 2011 Jan 26
4. Finnegan LP, Kaltenbach K. Primary paediatric care, Mosbico Ed., 1992: 1367-78  
Finnegan P. Neonatal abstinence syndrome assessment and pharmacotherapy neonatal therapy. Excerpta medica, Amsterdam-New York-Oxford, 1986. Voir [http://www.rch.org.au/nets/handbook/media/NASS\\_1.pdf](http://www.rch.org.au/nets/handbook/media/NASS_1.pdf)
5. Jansson LM et al. Methadone maintenance and lactation : a review of the literature and current management guidelines, J Hum Lact 2004; 20 (1):62-70
6. Johnson K, Gerada C, Greenough A. Treatment of neonatal abstinence syndrome. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2003 Jan;88(1):F2-5
7. Marquet P et al. Buprenorphine withdrawal syndrome in a newborn. Clin Pharmacol Ther 1997; 62 : (5):569-71
8. Micard S, Brion F. Prise en charge du syndrome de sevrage du nouveau-né de mère toxicomane aux opiacés. Arch Ped 2003;10:199-203
9. Osborn DA, Cole MJ, Jeffery HE. Opiate treatment for opiate withdrawal in newborn infants. Cochrane Database Syst Rev 2010 oct 6;10:CD002059 ET CD002023
10. Tiroumourougane Serane V, Kurian O. Neonatal Abstinence Syndrome. Indian J Pediatr 2007 ;75 :911-14
11. Volpe JJ. Neurology of the newborn. Teratogenic effects of drugs and passive addiction. WB Saunders Company. Fourth edition 2001 :859-98.
12. Winklbaur B, Kopf N, Ebner N, Jung E, Thau K, Fischer G. Treating pregnant women dependent on opioids is not the same as treating pregnancy and opioid dependence: a knowledge synthesis for better treatment for women and neonates. Addiction. 2008 Sep;103(9):1429-40

## Prise en charge du nouveau-né de mère sous opiacés pendant la grossesse

13. [https://www.cochrane.org/fr/CD002059/NEONATAL\\_traitement-par-opioides-dans-le-sevrage-des-opioides-chez-les-nouveaux-nes](https://www.cochrane.org/fr/CD002059/NEONATAL_traitement-par-opioides-dans-le-sevrage-des-opioides-chez-les-nouveaux-nes)
14. <https://cps.ca/fr/documents/position/opioides-pendant-la-grossesse>.
15. Neonatal Abstinence Syndrome Lauren M. Jansson, *Pediatr Clin North Am.* 2019 April ; 66(2): 353–367.
16. [http://www.asso-gega.org/docs/Impregnation\\_Sevrage\\_GEGA\\_10\\_05\\_2021.pdf](http://www.asso-gega.org/docs/Impregnation_Sevrage_GEGA_10_05_2021.pdf)
17. [http://www.asso-gega.org/docs/NN\\_mere\\_conso\\_SPA\\_GEGA\\_10mai2021.pdf](http://www.asso-gega.org/docs/NN_mere_conso_SPA_GEGA_10mai2021.pdf)
18. <http://www.rsms.asso.fr/pages/10%20Diaporamas/1112013lejeune.pdf>

### SCORE DE FINNEGAN

- Score à réaliser à différents moments (exemple 1h avant ou 1h après le repas), 1 à 2 fois/ équipe, selon le comportement initial du nouveau-né et son évolution.
- Pour coter ce score, une participation de la mère ou des parents est possible, notamment si le score leur a été présenté en amont. S'adapter au cas par cas.

Symptômes*,**	Cote	Date et heure	Date et heure	Date et heure
Cri aigu	2			
Cri incessant	3			
Sommeil < 3 h	1			
Sommeil < 2 h	2			
Sommeil < 1 h	3			
Moro marqué	2			
Moro +++	3			
Trémulations + aux stimuli	1			
+++ aux stimuli	2			
Trémulations + au repos	3			
+++ au repos	4			
Hypertonie	2			
Excoriations cutanées	1			
Myoclonies	3			
Convulsions	5			
Succion excessive	1			
Boit mal	2			
Régurgitations	2			
Vomissements	3			
Selles molles	2			
Selles liquides	3			
Sueurs	1			
Température 37°3 à 38°3	1			
≥ 38°4	2			
Bâillements fréquents	1			

## Prise en charge du nouveau-né de mère sous opiacés pendant la grossesse

Marbrures	1		
Encombrement nasal	1		
Eternuements	1		
Battement des ailes du nez	2		
Polypnée > 60	1		
Polypnée > 60 + tirage	2		
<b>Total maximum</b>	<b>46</b>		

\* Il existe de nombreuses références du score de Finnegan traduites en français ; elles ne sont pas toutes équivalentes : cette version comprend les excoriations, les bâillements qui manquent dans certaines versions, et le codage des trémulations spontanées va de 3 à 4 (1 à 2 dans certaines versions). Les limites des températures peuvent également varier. Les convulsions dans certaines versions sont cotées 3 au lieu de 5. Référence: Finnegan LP (1986) in Neonatal Handbook

[http://www.rch.org.au/nets/handbook/media/NASS\\_1.pdf](http://www.rch.org.au/nets/handbook/media/NASS_1.pdf)

\*\* On ne peut cocher qu'un seul chiffre par ligne(s) entre deux traits pleins

## SCORE DE LIPSITZ

- Score à réaliser à différents moments (exemple 1h avant ou 1h après le repas), 1 à 2 fois/ équipe, selon le comportement initial du nouveau-né et son évolution.
- Pour coter ce score, une participation de la mère ou des parents est possible, notamment si le score leur a été présenté en amont. S'adapter au cas par cas.

**Tableau I. Score de Lipsitz** (Lipsitz PJ. A proposed Narcotic Withdrawal Score for Use with Newborn Infants Clin Pediatr. 1975 ; 14 (6) : 592-594).

Signes cliniques	SCORE			
	0	1	2	3
<b>Trémulations / activité musculaire des membres</b>	Non / normale	Faible augmentation par des stimulations ou lorsque le nouveau-né a faim	Augmentation modérée ou forte au repos, calmée par l'alimentation ou le berçage	Augmentation forte ou continue au repos +/- mouvements de type convulsif
<b>Irritabilité (cris excessifs)</b>	Aucune	Faible augmentation	Modérée à forte lors de stimulations ou lorsque le nouveau-né a faim	Forte même au repos
<b>Réflexes</b>	Normaux	Augmentés	Très augmentés	/
<b>Selles</b>	Normales	Diarrhée mais fréquence normale	Diarrhée plus de 8 fois par jour	/
<b>Tonus musculaire</b>	Normal	Augmenté	Rigidité	/
<b>Lésions cutanées</b>	Aucune	Rougeur des genoux et coudes	Erosions	/
<b>Fréquence respi . (/min)</b>	< 55	55 – 75	76 – 95	/
<b>Eternuements répétés</b>	Non	Oui	/	/
<b>Baillements répétés</b>	Non	Oui	/	/
<b>Vomissements</b>	Non	Oui	/	/
<b>Fièvre</b>	Non	Oui	/	/